Cuestionario para

FILTRO SANITARIO

Nombre del entrevistado/a: _____

Fecha: _____

Temperatura corporal: _____ °C

Entrevistado/a acepta de manera voluntaria responder el cuestionario: ____ **SI** ☐ **NO** ☐

1. CASO SOPECHOSO:

En los últimos siete días ¿usted ha presentado **al menos dos** de los siguientes signos y síntomas? (Haga una marca en la respuesta que corresponda correctamente)

1) Tos _____ **SI** ☐ **NO** ☐
2) Fiebre (Temperatura Alta) _____ **SI** ☐ **NO** ☐
3) Dolor de cabeza (Cefalea) _____ **SI** ☐ **NO** ☐

En los últimos siete días ¿usted ha presentado **al menos uno** de los siguientes signos y síntomas? (Haga una marca en la respuesta que corresponda correctamente)

4) Dificultad para respirar (Disnea) _____ **SI** ☐ **NO** ☐
5) Dolor en las articulaciones (Artralgias) _____ **SI** ☐ **NO** ☐
6) Dolor muscular (Mialgias) _____ **SI** ☐ **NO** ☐
7) Dolor o ardor de garganta (Odinofagia) _____ **SI** ☐ **NO** ☐
8) Flujo de secreción por la nariz (Rinorrea) _____ **SI** ☐ **NO** ☐
9) Inflamación o irritación de ojos (Conjuntivitis) _____ **SI** ☐ **NO** ☐
10) Dolor de pecho (Dolor Torácico) _____ **SI** ☐ **NO** ☐

(En menores de 5 años la irritabilidad puede sustiruir al dolor de cabeza)

2. ANTECEDENTES O CASO CONFIRMADO:

¿Ha tenido contacto en los últimos siete días con personas con síntomas respiratorios o personas confirmadas con COVID-19? _____ **SI** ☐ **NO** ☐
¿En los últimos siete días le diagnosticaron COVID-19? _____ **SI** ☐ **NO** ☐

Yo confirmo y manifiesto bajo protesta que dije la verdad sobre este cuestionario.

_____
Nombre y firma de la persona que realizo la entrevista:

_____
Firma del entrevistado/a, tutor o representante legal: